**Гериатрический подход в современном здравоохранении**

В настоящее время состояние общественного здоровья в Российской Федерации и странах СНГ характеризуется отрицательным естественным приростом, высокими уровнями смертности и инвалидности. Отмечается снижение удельного веса острых и увеличение количества хронических неинфекционных заболеваний. С возрастом доля лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, значительно возрастает по сравнению с молодыми. Одновременно в обществе становится значительным удельный вес лиц пожилого и старческого возраста. В сложившихся условиях повышается значимость служб здравоохранения, имеющих не только лечебную, но и профилактическую, саногенную направленность и ориентированных на оказание помощи лицам старших возрастных групп [3,6,10,11,12]. К таковым относится гериатрическая служба.

Экономические изменения, наблюдаемые в последние десятилетия в Российской Федерации, существенно повлияли на степень государственной поддержки социальной сферы и системы здравоохранения. В условиях преодоления экономического кризиса государство предпринимает все возможные усилия для сохранения стабильности системы оказания медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста [1,3,4,6,12].

Развитие гериатрической службы в России диктуется прогрессирующим постарением населения, ростом заболеваемости пожилых, особенностями патологии лиц старших возрастных групп и необходимостью совершенствования организации их социальной и психологической поддержки. Острота проблемы определяется тем, что, в частности, заболеваемость лиц пожилого возраста (61-75 лет) в 2 раза, старческого (76-90 лет) - в 6 раз, потребность в амбулаторно-поликлинической помощи - в 2-4 раза, в стационарной по отдельным видам специализированной помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия, онкология и др.) - в 1,5-3 раза выше, чем у людей трудоспособного возраста [1,7,12].

**История вопроса и нормативные документы.**

В 1950 году в Льеже (Бельгия) основана Международная ассоциация геронтологии и гериатрии (IAGG), в спектр деятельности которой входит координация научных исследований в области геронтологии и гериатрии в мире и способствование унификации в разных странах развития гериатрии как медицинской специальности в национальных системах здравоохранения. Данная организация имеет представительство в ООН с целью обеспечения прав пожилого населения и осуществляет руководство деятельностью Глобальной Сети по Изучению старения (GARN) [10].

 В середине 70-х годов 20 века гериатр и интернист Б.Исаакс ввел понятие «гериатрический синдром» и выделил основные направления синдромологической гериатрической помощи, принципиальной для продления жизни и повышения ее качества – нестабильность и падения; недержание мочи и кала; нарушения передвижения; когнитивные расстройства – деменция, депрессия и делирий.

 В средине 20 века в США гериатром Л.З.Рубинштейном были разработаны основы специализированного гериатрического осмотра (comprehensive geriatric assessment), который позволил выявить синдромологические особенности состояния пожилого пациента во взаимосвязи с качеством жизни и социальной адаптацией, что в совокупности представило возможность разрабатывать такие схемы лечения и реабилитации, которые ориентированы не столько на купирование определенных проявлений заболеваний, но в первую очередь направлены на повышение качества жизни и уровня социальной интеграции [10].

В России развитие данного вопроса началось со второй половины 20 века. Приказы МЗ СССР №347 от 19.04.77 г. и №1000 от 23.09.81 г. предписывали создать геронтологические кабинеты в участково-территориальных поликлиниках, где они в ограниченном количестве функционируют до настоящего времени [1,12].

Приказ Минздрава РСФСР №19 от 01.02.91 г. «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц» способствовал развертыванию в ряде лечебно-профилактических учреждений отделений (в том числе хозрасчетных), специализирующихся на уходе за пожилыми людьми.

Особенности патологии пожилого возраста - полиморбидность, хроническое течение заболевания (заболеваний), стертость клинической картины и остроты процесса, лекарственный патоморфоз, одновременная или последовательная поликаузальная моносимптоматика, позднее обращение за медицинской помощью, изменяющаяся фармакокинетика и, соответственно, фармакодинамика лекарственных препаратов, вынужденная политерапия и весьма нередкая полипрагмазия в сочетании с фармакоманией, весьма частая невозможность получить адекватную медицинскую помощь, сложный клубок личных, социальных, бытовых и медицинских проблем обусловили появление новой для России специальности «врач-гериатр» (Приказ МЗ и МП РФ № 33 от 16.02.1995 г.) [12].

Реализация этого приказа проявилась в том, что со временем во многих регионах страны стали открываться медико-социальные отделения для пожилых больных и инвалидов, центры геронтологии и гериатрии, создаваться ассоциации и научные общества геронтологов и гериатров. Помимо усиленного внимания детям, молодым людям и людям трудоспособного возраста в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №833 - О федеральной целевой программе «Старшее поколение», Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 августа 1997 г. №1090 и приказа замминистра здравоохранения РФ «Отраслевая научно-исследовательская программа Мониторирование здоровья и методы реабилитации старшего поколения населения России на 1999-2005гг.», а также следуя рекомендациям экспертов ВОЗ по проблемам пожилых, активизируется научная деятельность и работа учреждений здравоохранения на направлениях профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации заболеваний, наиболее часто развивающихся у лиц старших возрастных групп.

Приказом МЗ РФ № 337 от 27.08.99 г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» специальность «гериатрия» (040122.03) отнесена к специальностям, требующим углубленного обучения.

С целью повышения объемов и качества оказания медико-социальной помощи лицам старших возрастов, профилактики преждевременного старения и интенсификации научных исследований в области геронтологии и гериатрии МЗ РФ издан Приказ № 297 от 28.07.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации». Приказом предусмотрены создание сети гериатрических лечебно-профилактических учреждений трех уровней, подготовка кадров и проведение организационно-методической работы [1,12].

Большую роль в становлении гериатрической службы в России играют проведение Российских съездов геронтологов и гериатров. На Съезде геронтологов и гериатров было принято решение сформировать Научное медицинское общество геронтологов и гериатров, которое и было создано в 2004 г. За годы его работы были проведены Европейский конгресс геронтологов в Москве, съезд геронтологов и гериатров России, съезды научного общества геронтологов и гериатров.

Среди последних нормативных документов такие, как Распоряжение Правительства РФ №164-р от 5.02.2016, в котором утверждена стратегия действий в интересах граждан старшего поколения, а также Приказ Министерства здравоохранения РФ №41405 от 14 марта 2016 г., в котором прописан порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

Девиз современной мировой гериатрии – сохранение достоинства пациентов старших возрастных групп. Цель гериатрической помощи – минимизировать клинические проявления гериатрических синдромов, а также посредством опросников и шкал выявить locus minoris у конкретного пациента и предпринять профилактические меры по предотвращению утяжеления состояния [10].

Разработанная Международной ассоциацией геронтологии и гериатрии концепция гериатрической службы, которой следуют и современные отечественные гериатрические школы, включает в себя следующие аспекты:

* не нозологический, а синдромальный подход;
* оказание медико-социальной помощи при гериатрических синдромах;
* подход к процессам старения с точки зрения «континуума старения;
* идеология профилактики синдрома старческой астении (frailty).

**Синдром старческой астении.**

Современная гериатрия ориентирована на оказание медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, которые имеют не только хронические заболевания, но и так называемые общегериатрические синдромы. Выделяют около 65 гериатрических синдромов, к наиболее часто встречающимся из которых относятся: нарушения передвижения, синдром падений, синдром недостаточности питания (синдром мальнутриции), тревожно-депрессивный синдром, когнитивные нарушения, недержание мочи, кала, нарушение слуха, зрения, пролежни, синдром зависимости от посторонней помощи. Все эти синдромы приводят к развитию старческой астении. Синдром старческой астении является центральным понятием современной гериатрической службы [5,10,13,14,15,16].

Старческая астения - это специфическое состояние, которое может развиться у человека пожилого и старческого возраста, характеризующееся такими симптомами, как похудание, когда наблюдается снижение массы тела темпом не менее чем 4,5 кг/год; нарушение походки; снижение мышечной силы и развитие выраженной саркопении; развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов; низкий уровень двигательной активности [5,10].

Старческая астения как синдром встречается чаще у лиц старше 60 лет и является крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к накоплению инволютивных изменений, поражению многих органов и систем на фоне полиморбидности, что приводит к снижению резервных возможностей организма, постепенному падению параметров функционирования организма и наступлению инвалидности или смерти вследствие минимальных внутренних или внешних воздействий. Данные закономерности легко объяснимы более низкой продолжительностью жизни и более высоким индексом полиморбидности тех пожилых людей, которые имеют различные заболевания, приводящие к дефициту функций. Синдром старческой астении может возникать и в более раннем возрасте, что ассоциировано с рядом тяжелых заболеваний, приводящих к снижению качества жизни человека. Это необходимо подразумевать при проведении дифференциальной диагностики синдрома старческой астении с проявлениями тяжелой патологии внутренних органов или психической сферы. Распространенность синдрома старческой астении достаточно велика и, по мнению ряда авторов, колеблется от 6,9% до 73,4% [5,10,13,14,15,16]. Одной из наиболее неблагополучных стран в отношении частоты развития старческой астении является Россия.

Среди этиологических факторов развития старческой астении выделяют:

* фенотип, передающийся генетически (Fried-like);
* совокупность приобретенного дефицита функций на фоне полиморбидности (Rockwood-like).

При этом в странах бывшего СССР чаще встречается так называемый приобретенный синдром старческой астении на фоне кумуляции заболеваний.

К наиболее частым клиническим проявлениям синдрома старческой астении относят следующие состояния: нарушение передвижения за счет саркопении и когнитивных нарушений, что затрудняет выполнение человеком своих ежедневных обязанностей. Эти явления усугубляются апатией и сниженным фоном настроения, нарушениями памяти, дефицитом деятельности сенсорных систем. Присоединяются также снижение веса и другие проявления синдрома недостаточности питания, хронический болевой синдром, иммунодефицитное состояние со склонностью к развитию повторных инфекций. По мере усугубления явлений синдрома старческой астении развиваются полная обездвиженность, когда человек передвигается только в пределах постели, постоянное недержание мочи, повторные делириозные состояния, выраженные изменения статуса питания с метаболическим ацидозом, до минимального уровня снижаются социальные контакты [5,10,13,14,15,16].

 Синдром мальнутриции, саркопения и снижение метаболического индекса и уровня физической активности представляют собой замкнутый патогенетический круг формирования синдрома старческой астении. При минимальных внешних или внутренних воздействиях к этому кругу присоединяются другие патогенные факторы, что способно в минимальные сроки приводить к ухудшению состояния, инвалидности и смерти.

В качестве основных методов диагностики синдрома старческой астении выступают:

- применение специализированного гериатрического осмотра;

- оценка доступности пищи и состояния статуса питания;

- определение состояния двигательной функции и мышечной силы;

- оценка степени когнитивного дефицита и тревожно-депрессивного синдрома;

- применение опросников и шкал, позволяющих оценить состояние самообслуживания;

- применение лабораторных методов с целью выявления иммунного воспаления и нарушений метаболических параметров.

Специализированный гериатрический осмотр (comprehensive geriatric assessment) – совокупность диагностических мероприятий, которые ориентированы не столько на осуществление традиционной нозологической диагностики и выявление имеющихся у пациента заболеваний, но на изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни и социальной деятельности с точки зрения соматического состояния, которые имеются у человека пожилого и, особенно, старческого возраста. Основной целью специализированного гериатрического осмотра является выявление гериатрических синдромов, которые определяют развитие и степень тяжести синдрома старческой астении [2,5,8,9,10] .

На основании проведения специализированного гериатрического осмотра была создана компьютерная программа «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» [2,8,9]. Программа состоит из 5 частей: выявление степени способности к передвижению, выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции), оценка когнитивных расстройств, оценка морального состояния пациента, оценка степени независимости в повседневной жизни. При выявлении степени способности к передвижению применяется шкала «Оценки двигательной активности у пожилых» - Functional mobility assessment in elderly patients; при выявлении степени нарушения питания (синдрома мальнутриции) применяется опросник Mini nutritional assessment (MNA). Когнитивные способности исследуемых оцениваются при помощи опросника «Мини-исследование умственного состояния» (тест мини-ментал или Mini-mentalstateexamination), являющегося широко распространенной методикой для скрининга и оценки тяжести деменции. Оценка морального статуса проводится по опроснику «Philadelphia geriatric morale scale», позволяющего определить наличие у пожилых и старых людей удовлетворения собой, чувства, что они достигли чего-то в этой жизни, что они нужны, а также субъективного соответствия между личными потребностями и их удовлетворением со стороны внешнего мира, внутреннего примирения с неизбежным, как, например, с тем фактом, что они состарились. Для оценки степени независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни применяется шкала Бартела. Совокупность данных частей позволяет определить наличие у пациента пожилого и старческого возраста синдрома старческой астении, выявить степень тяжести данного синдрома и разработать оптимальные, в большей степени, немедикаментозные методы реабилитационных мероприятий после оперативного лечения [2,8,9].

Существуют принципы, которых следует придерживаться при лечении и профилактике синдрома старческой астении:

* выявление ведущих гериатрических синдромов, снижающих качество и независимость жизни пациентов;
* выявление медицинских и социальных рисков развития и прогрессирования гериатрических синдром;
* участие пациента в реализации лечебно-реабилитационных программ.

Среди профилактических мероприятий выделяют такие, как контроль приема пищи и регуляция рациона, физическая активность и выполнение физических упражнений, профилактика атеросклероза, нивелирование социальной изоляции, купирование болевого синдрома, регулярные медицинские осмотры.

**Вопросы организации гериатрической помощи населению старшей возрастной группы.**

Как известно, около 90% людей пожилого и старческого возраста получают медицинскую помощь в учреждениях амбулаторно-поликлинического профиля. Именно поликлиникам принадлежит ведущая роль в обеспечении профилактических и реабилитационных программ [1, 11,12,14]. Возникает вопрос, со всеми ли пациентами пожилого и старческого возраста должен работать сертитфицированный врач-гериатр? Далеко не каждый пациент в возрасте старше 60 лет должен наблюдаться врачом-гериатром. Принцип отбора пациентов для оказания специализированной гериатрической помощи – наличие гериатрических синдромов и риск развития или уже развившаяся старческая астения.На основе опросников и шкал при специализированном гериатрическом осмотре выявляют те синдромы, которые в наибольшей степени ограничивают жизнедеятельность.

**Заключение.**

Гериатрическая служба как специализированный вид медицинской и социальной помощи со своим научным аппаратом (старческая астения, гериатрические синдромы, специализированный гериатрический осмотр) находится на начальном этапе формирования.

Синдром старческой астении, как финальный этап процессов старения организма человека, является ключевым понятием современной гериатрии, основная цель которой – предупредить раннее наступление синдрома старческой астении, снизить степень выраженности проявлений, а при развитии синдрома – подключить все возможные меры медицинского и социального плана с целью максимально возможной социализации гериатрического пациента.

**Список литературы.**

1. Алексеева Н.Ю. Системное преобразование регионального здравоохранения в целях повышения доступности и качества медицинской помощи населению // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения. - 2012. - № 3. - С. 25-27.
2. База данных Методическое руководство «Специализированный гериатрический осмотр»/ С.Г.Горелик, А.Н.Ильницкий, К.И. Прощаев, С.В.Богат //Свидетельство о государственной регистрации №2015620486, дата регистр. 16.03.2015.
3. Денисов И.Н., Куницына Н.М., Ильницкий А.Н., Фесенко В.В., Фесенко Э.В., Люцко В.В., Варавина Л.Ю. Маркетинг в здравоохранении и проблемы организации гериатрической службы // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5 [электронный журнал]
4. Жернакова Н.И., Ильницкий А.Н., Захарова И.С., Медведев Д.С., Перелыгин К.В., Гурко Г.И., Позднякова Н.М., Куницына Н.М. Реализация бригадного принципа как одно из направлений кадровой политики в организации работы врачей с гериатрическими пациентами // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. – 2011. - Выпуск 13/1. – С. 162-165.
5. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 408–412.
6. Куницына Н.М. Медико-организационная модель изучения деятельности организаций здравоохранения в области геронтологии и гериатрии // Материалы конференции «Частная медицина и современные экономические условия». – Киев, 2008. – С. 17.
7. Лазебник Л.Б. Полиморбидность у пожилых // Сердце. 2007. - № 7. -С. 25-27.
8. Программа для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основе представления результатов специализированного гериатрического осмотра / С.Г. Горелик, А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев, С.В. Богат //Свидетельство о государственной регистрации №2013660311, дата регистр. 30.10.2013.
9. Программа для ЭВМ «Специализированный гериатрический осмотр в хирургии»/ С.Г. Горелик, А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев, С.В. Богат //Свидетельство о государственной регистрации №2015613438, дата регистр. 16.03.2015.
10. Прощаев К.И. Основные гериатрические синдромы : учеб. пособие / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, Н.И. Жернакова. - Белгород, 2012. – С. 41–54.
11. Пузанова О.Г. Доказательная профилактика в здравоохранении: акцент на здоровье пожилых // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича, 2012. № 1-2. С.-88-89.
12. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. 2010. - 720 с.
13. Fedarko Nю The biology of aging and frailty // Clin. Geriatr. Med. – 2011. – Vol. 27, № 1. – Р. 27–37.
14. Geriatricke syndromy a geriatricky pacient / Z. Kalvach, Z. Zadak, R. Jirak [et al.].– Praga: Grada, 2008. – 336 р.
15. Phenotype of frailty: characterization in the women’s health and aging studies / K. Bandeen-Roche, Q. L. Xue, L. Ferrucci [et al.] // J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences. – 2006. – Vol. 61. – P. 262–266.
16. Rockwood K. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty // Clin. Geriatr. Med. – 2011. –Vol. 27, № 1. – Р. 7–26.